

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 Mai 1894, à une heure

par

Olivier MORANGE

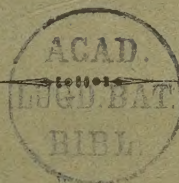
né à Lesparre (GIRONDE) le 26 décembre 1865

ÉTUDE SUR LA HERNIE MUSCULAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { NICAISE, professeur.
TUFFIER et NETTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 Mai 1894, à une heure

par

Olivier MORANGE

né à Lesparre (GIRONDE) le 26 décembre 1865

ÉTUDE SUR LA HERNIE MUSCULAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { NICAISE, professeur.
 { TUFFIER et NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

14, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	N...
Clinique des maladies du système nerveux	{ TILLAUX.
	{ N...
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.			
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLOT.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR le DOCTEUR LÉON LABBÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR le DOCTEUR P. MICHAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR le DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de mes études médicales je suis heureux d'adresser un public remerciement aux maîtres qui m'ont dirigé.

Je remercie MM. les professeurs Guyou et Pinard d'avoir bien voulu me compter au nombre de leurs élèves; MM. les docteurs Landrieux, Siredey et Ribemont-Dessaignes m'ont fait l'honneur de m'accueillir comme externe dans leur service, qu'ils veuillent bien recevoir ici l'expression de ma très sincère gratitude. Je dois un reconnaissant hommage à M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon qui durant ces trois dernières années, m'a conservé dans son service successivement comme stagiaire et comme externe. Les conseils et l'exemple de ce vénéré maître lui ont acquis à ma reconnaissance des titres impérissables.

La bonté toute paternelle avec laquelle je fus, dès le début, accueilli dans le service par M. le docteur

Michaux chirurgien des hôpitaux, m'impose l'obligation, bien douce, de lui exprimer ici le sentiment d'affectueuse reconnaissance que m'inspire cet accueil si plein d'aménité, cette bienveillance exquise dont il a fait preuve à mon endroit depuis trois années passées à son contact quotidien.

C'est à l'école de ce maître affectionné que j'ai puisé le substantiel de mon éducation chirurgicale, c'est en le voyant opérer, en l'aidant sans cesse dans les opérations journalières, harcelé aussi de ses fructueux conseils, que je me suis promis de n'oublier jamais, dans ma modeste sphère, sa méthode sage et prudente dans l'intervention, son admirable sang-froid opératoire.

Je dois de plus à cet excellent maître l'inspiration, les principaux éléments de cette thèse inaugurale. Aidé de ses précieuses indications, j'ai tenté de mener à bien ma courte tâche.

Je n'ai garde d'oublier mon ancien collègue et ami V. Pauchet, interne-lauréat des hôpitaux, qui m'a puissamment secondé dans ce travail. Qu'il reçoive ici l'affectueux hommage dû à son amical concours.

Je prie mon excellent maître et ami le docteur Castex ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, de vouloir bien accepter ici un cordial

remerciement pour la confiance qu'il m'a témoigné en me prenant pour son aide lors de la fondation de sa clinique de larynzologie, et pour les excellents conseils que j'ai reçu de lui.

Enfin que M. le professeur Tillaux qui a consenti à accepter la présidence de cette thèse, veuille bien me permettre de lui exprimer toute ma reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — On nomme hernie musculaire la tumeur formée par une portion de muscle intact, c'est-à-dire non rompu, engagé à travers une boutonnière aponévrotique accidentelle, de dimension variable.

HISTORIQUE. — La *Hernie* musculaire et la *rupture* musculaire ont été longtemps confondues dans une même description. Le rapport de M. le professeur Farabœuf et les discussions qui l'ont suivi en 1881 à la Société de Chirurgie ont nettement établi que la hernie musculaire existait, mais, qu'elle était plus rare que la *rupture* musculaire qui emprunte souvent en partie son allure symptomatique et que l'on désigne sous le nom de *pseudo-hernie*.

Bien que ces travaux aient fait loi dans la science et soient aujourd'hui admis par tous les chirurgiens, quoique cette opinion soit aujourd'hui classique comme le prouvent les articles de M. Reclus dans le

Manuel de Pathologie externe et de M. Lejars dans le *Traité de Chirurgie*, la ligne de démarcation qui sépare ces deux affections n'est peut-être pas encore suffisamment tranchée, et il semble nécessaire de préciser les caractères automatiques de ces deux lésions afin d'éviter désormais une confusion regrettable.

Dans ce but nous avons soigneusement passé en revue les quarante observations relatées tant dans le travail fort complet que M. le docteur Nimier a publié dans les *Archives générales de Médecine* (août 1882) sous ce titre de *la Hernie et de la pseudo-hernie musculaires* que dans celui de M. le médecin-major Choux *Revue de Chirurgie* (juin 1893) travail intitulé « *De la Cure radicale des hernies musculaires.* »

Si nous y ajoutons une observation de M. Hartmann parue également dans la *Revue de Chirurgie* (juin 1893) et une observation typique du docteur Michaux, chirurgien des hôpitaux, cela fait un total de quarante-deux faits assez dissemblables qu'une analyse attentive décompose de la manière suivante.

1^o Six ou sept observations de hernies musculaires ou qualifiées telles après vérification opératoire.

2^o Cinq ou six observations de tumeurs musculaires apparues insidieusement et dont les symptômes ne

permettent guère de nier la nature herniaire vraie.

3° Une dizaine de cas à début brusque avec douleur syncopale et souvent gonflement du membre, cas décrits jusqu'ici comme des hernies vraies.

4° Sept ou huit faits de *rupture* non douteuse.

5° Enfin une dizaine de faits trop anciens ou trop dépourvus de renseignements précis pour permettre de les utiliser dans cette discussion.

Le total pouvant donc servir à la discussion reste donc réduit à environ vingt-quatre observations comprenant deux catégories de faits bien distincts.

1° Une douzaine de faits de tumeur musculaire survenue *insidieusement*, sans *douleur brusque*, sans gonflement.

2° Et à peu près autant de cas, présentant au contraire ce début brusque qui est aussi celui de la rupture, mais que leurs autres symptômes ont fait ranger jusqu'à présent dans la catégorie des hernies musculaires.

Si nous opérons la sélection des Vingt-huit faits analysés dans l'important travail de Nimier (*Arch. gén. de Méd.* 1882) Nous trouvons :

Début brusque avec douleur. . . .	9 cas
Un début insidieux, une hernie nette. .	6 cas

A revoir, dont une hernie probable (cas de Dupuytren).	4 cas
Ruptures.	7 cas
Faits vagues.	2 cas

Ajoutons-y les cinq observations de Choux ainsi que celle du docteur Michaux, cela fait six nouveaux cas soit douze hernies nettes avec 4 à 5 vérifications anatomiques.

Celle de M. Hartmann établit l'existence d'une hernie traumatique, mais il y a peut être eu quelque déchirure profonde, la hernie n'est pas aussi pure.

Nous en dirons autant des neuf ou dix faits décrits comme hernie à début brusque.

Donc en résumé : une douzaine de faits peut-être quatorze ou quinze au plus de hernie vraie, insidieuse en y comptant les deux faits de Giess, rejetés par M. Hartmann. Neuf hernies brusques à début douloureux, une hernie traumatique, avec un ou deux faits moins bien décrits : cela fait une douzaine. Sept fausses hernies, ruptures nettes, quatre à six faits trop vieux et trop imparfaits.

Voilà le bilan des observations de lésions musculaires.

Si nous spécifions la netteté des hernies et leur début insidieux, nous trouvons celles-là :

OBS. 1. — Thèse de Prat, 1879. Paris, n° 126.

Observation de hernie du jambier antérieur ; un lieutenant de douanes soigné au Val-de-Grâce, service de Perrin.

OBS. 2. — Baudin. *Rec. de mem. de méd. et chir. milit.*, 1881, t. XXXVII, p. 319 (1881).

Dragon, 25 ans, tumeur des adducteurs (1^{er} adducteur pas bien indiqué). Début insidieux.

OBS. 3. — Baudin. Même indication.

Dragon, 25 ans, ouvrier bottier après avoir fait ses classes.

OBS. 4. — Baudin. Observation du maréchal des logis W.

OBS. 5. — Larger. *Soc. chirurg.*, 30 mars 1881. Batelier, 26 ans, hernie du jambier antérieur. Début insidieux.

OBS. 6. — Obs. de Nimier recueillie dans le service de Cochu à l'hôpital du Gros-Caillou (nov. 1881) 19^e escadron du train. — 15 jours après son entrée au corps. Incision. — application de caustiques.

Ajoutons : Mémoire de Choux.

1. Observation de CHOUX. — Nette, pas d'erreur, hernie insidieuse du jambier antérieur droit.

2. Observation de GAZIN. — Voir *Recueil de mem. de méd. et de chirurgie milit.*, avril 1892, p. 310.

Hernie du moyen adducteur.

3. Observation de SELLERBECK. — *Deutsche militärärztliche Zeitzschrift*. Août 1891. — Hernie.

4 et 5. Deux observations de GIESS, que le docteur Hartmann traite de *Ruptures*.

1. Traumatisme de la jambe. Hernie du jambier antérieur.

2. Hernie du moyen adducteur.

6. Observation du docteur MICHAUX (Soc. chir., janvier 1894.)

7. Observation de HARTMANN. — Hernie de la partie ext. du triceps. Plaie par fracture compliquée. Hernie consécutive.

Pour la deuxième catégorie de faits, le doute ne paraît pas pouvoir exister. Si M. Hartmann dans la petite note annexée à son travail a mis assez justement en doute la nature herniaire des deux cas de Giess ; il ne saurait en être ainsi ni pour l'observation de M. Nimier ni pour celle de M. Gazin, ni pour celle de M. Choux, ni pour celle de M. Michaux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Hernie du Jambier antérieur (in Thèse de prat.
Paris 1879).

X^{""}, lieutenant de douanes, âgé de 30 ans ; pas de diathèse ; pas de traumatisme antérieur. Astreint à des exercices musculaires violents dans la poursuite des contrebandiers, il s'est aperçu, par hasard, voilà quinze mois, de l'existence d'une petite tumeur grosse comme une noisette et placée à la partie antérieure de la jambe droite.

Elle ne donna lieu à aucun symptôme ; elle augmenta lentement. Vers les premiers jours d'octobre 1878, à la suite d'un faux pas, le patient éprouva une douleur vive au niveau de la tumeur ; celle-ci augmenta notablement, la marche devint pénible. Après avoir gardé la chambre six semaines, le malade, ne pouvant marcher sans éprouver une sensation de

fatigue et de pesanteur dans tout le membre, entre au Val-de-Grâce dans le service de M. Perrin.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Pendant la contraction des muscles antérieurs de la jambe droite, la tumeur forme une saillie nette, siégeant au niveau de la partie moyenne de la jambe, le long de son bord antérieur et reposant sur la face externe du tibia. Résistante pendant la contraction musculaire, molle pendant leur relâchement, la tumeur n'est pas ituctuante dans le sens des fibres musculaires, mais dans le sens transversal. Dépressible, réductible en partie, elle n'est pas adhérente aux tissus environnants. L'électricité la fait contracter. Longue de 5 centimètres, large de 3, cette tumeur est bien limitée en haut et en dehors par une ligne brusque, fibreuse. En haut, on perçoit sur son bord, une sensation de corde tendue qui semble correspondre à une solution de continuité de l'aponévrose. En dedans, on arrive sur la face externe du tibia en refoulant la tumeur.

En bas, elle se perd insensiblement sans que l'on reconnaisse l'existence d'une boutonnière. La tumeur, pas plus que le tibia, n'est douloureuse à la pression.

On n'observe à son niveau ni battements, ni mouvements d'expansion. Il n'y a pas de déformation du pied : tous ses mouvements s'exécutent avec facilité.

Un bas en tissu élastique n° 1, renforcé d'une bande de tissu n° 3 au niveau de la tumeur, procura au patient un soulagement notable.

Hernies du premier adducteur. (Résumé de l'observation).

BAUDIN (in Recueil de med. et chir. milit. T. XXXII p. 319 1881).

1^{re} OBSERVATION. — Dragon, 25 ans, bien musclé, présente une tumeur grosse comme un œuf de pigeon à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, à 3 ou 4 pouces au-dessous du ligament de Fallope, au niveau du bord interne du triangle de Scarpa. Tumeur indolente, de volume et de consistance variables suivant la position du membre; effacée dans l'abduction, apparente dans l'adduction. Nulle modification de la peau sus-jacente. Douleur nulle au repos; dans un exercice modéré, à peine un sentiment de gêne que le malade ne localise pas dans la région de la tumeur, mais qui semble plutôt intéresser tout le haut de la cuisse et un peu la hanche; si cet exercice, même modéré se prolonge quelque temps, l'homme ne tarde pas à ressentir une fatigue du membre tout à fait anormale, véritable courbature, et enfin une sensation de brisement général du membre, avec une sorte de crampe, douloureuse au niveau de la tumeur, lesquelles imposent alors un repos immédiat et absolu. Tout exercice violent amène les mêmes symptômes au bout d'un temps relativement très court.

Début insidieux de la tumeur il y a deux mois, augmentation progressive du volume et de la gêne fonctionnelle. Après un congé de trois mois, l'affection s'aggrava légèrement et ce militaire fut réformé.

2^e OBSERVATION DE BAUDIN. — Dragon, 25 ans, bien musclé, après avoir fait ses classes, entra comme ouvrier chez le maître bottier du régiment; cet homme est porteur d'une hernie du premier adducteur. Nous signalerons seulement que les divers efforts musculaires que nécessite de la part des adducteurs le métier de cordonnier, auquel se livre le malade, sont bien supportés. Ce travail, dans quelques-unes de ces parties du moins, met cependant directement en jeu le muscle moyen adducteur d'une manière assez puissante et assez continue; lorsque, par exemple, il faut saisir et maintenir fortement la pièce de cuir entre les deux genoux, soit pour battre le cuir, soit pour tirer le ligneul. Or, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long d'un pareil exercice qu'il se sent pris parfois d'une douleur qui, dit-il, ne ressemble pas à celle qui résulte de l'exercice de la marche, cette douleur est plus considérable et comparable à celle qu'il a éprouvée lorsqu'il a eu des crampes dans le mollet.

(Le reste de l'observation est calqué sur la précédente n^o 1.)

Baudin. — Début insidieux.

3^e OBSERVATION. — Nous laissons parler son malade : Maréchal-des-logis W.

C'est vers le mois février 1879, que je m'aperçus un matin, en m'habillant de l'existence d'une petite grosseur sur le haut de la cuisse et en dedans, à l'endroit où se trouve aujourd'hui la tumeur. Elle avait alors la grosseur d'une noix à peine, et au premier abord, je la pris pour un peu d'irritation, de boursoufflement simple de la peau, d'autant plus que, lorsque je me penchais en avant en écartant un peu les cuisses pour tâcher de me rendre compte par la vue, la tumeur disparaissait à peu près complètement. J'étais alors en pleine période d'instruction ; mes classes étaient commencées depuis trois ou quatre mois, et comme, du reste, la petite grosseur ne me causait aucune douleur, qu'elle ne m'occasionnait aucune fatigue, je ne voulus point m'arrêter pour si peu de choses, et je remis de jour en jour pour me présenter à la visite.

NOTA : Voir suite et fin de cette observation plus loin au chapitre ayant trait aux troubles fonctionnels de la hernie musculaire.

Hernie du Jambier antérieur relatée par le docteur
LARCHER (Soc. chirurgie 30 mars 1881.)

X..., batelier, âgé de 26 ans, porte à la partie antérieure de la jambe gauche, à égale distance du genou et des chevilles, à un travers de doigt du bord antérieur du tibia, et au niveau même de la gaine aponévrotique du jambier antérieur, une tumeur grosse comme une olive, mesurant 4 centimètres de long sur 25 de large. A l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, existe un léger sillon transversal.

Le début de l'affection a été méconnu ; constatée à l'âge de 18 ans, la tumeur n'a pas, depuis, présenté de modifications.

Au repos, la tumeur est molle, résistante plutôt que fluctuante, facilement réductible, disparaissant entre les deux lèvres d'une boutonnière verticale, à bords tranchants, que la pulpe de l'auriculaire ne peut franchir. Lorsque la jambe se raidit, la tumeur durcit.

1° Pendant les mouvements volontaires du malade : Pied dans l'extension, la tumeur disparaît presque entièrement.

Pied dans l'extension et l'abduction, la disparition est complète.

Pied dans l'extension et l'adduction, reproduction immédiate de la tumeur.

Pied dans la flexion, La tumeur très saillante persiste jusqu'à la flexion du pied à angle droit. A partir de ce moment, elle disparaît en remontant vers le genou et il reste un creux à la place qu'elle occupait ; la peau se déprime en doigt de gant entre les deux lèvres de la boutonnière aponévrotique.

2° Pendant les mouvements communiqués, la jambe étant dans le relâchement.

Les phénomènes sont identiques pendant l'extension, l'abduction et l'adduction du pied.

Pendant la flexion, et, quelque soit son degré, la tumeur ne disparaît pas.

3° Enfin, pendant les mouvements provoqués par les courants galvaniques et faradiques, on constate que la tumeur fait bien corps avec le jambier antérieur. L'électrisation des muscles voisins est sans action sur elle, par l'électrisation du jambier antérieur, la tumeur disparaît et remonte avec ce muscle vers le genou, comme tout à l'heure dans les mouvements volontaires du malade. Enfin la faradisation et surtout la galvanisation de la tumeur seule y produisent un durcissement manifeste caractéristique.

Hernie du 1^{er} adducteur gauche. Nimier (dans service docteur Cochu, Hôpital milit. du Gros-Caillou.)

D..., né à Tourcoing, âgé de 22 ans, ouvrier dans une fabrique de tapis ; nul antécédent de famille, aucune maladie antérieure ; entre au service militaire le 10 novembre 1879. Il a été incorporé au 19^e escadron du train des équipages, bien qu'il n'eût jamais monté à cheval.

Cet homme, grand, robuste et bien musclé, raconte que tout d'abord il n'était pas très rassuré lorsque chaque jour, pendant deux heures, il devait faire l'exercice du cavalier sans étriers et ne se maintenant sur sa monture que grâce à d'énergiques contractions des cuisses. Une quinzaine après son arrivée au corps il s'aperçut de l'existence, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, d'une petite tumeur grosse alors comme l'extrémité du pouce, de consistance variable, disparaissant par la pression. Il n'y prit pas garde et continua ses classes. Il ne pouvait toutefois monter à cheval sans étriers ; la tumeur devenait douloureuse, une sensation de faiblesse dans tout le membre le forçait à desserrer les genoux. La marche, tout d'abord nullement gênée, ne tarda pas à provoquer les mêmes sensations dans la cuisse ; l'équitation par contre est

devenue plus facile, le cavalier étant plus habile et se servant d'étriers. La tumeur a grossi lentement et le 20 novembre 1881, presque deux ans après son début, elle présente les caractères suivants :

1° Le sujet étant debout, la tumeur est située en dedans du bord interne du triangle de Scarpa, à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope, en partie masquée par les bourses. Elle a le volume d'une moyenne orange, la saillie arrondie qu'elle forme mesure près de 2 centimètres de hauteur et est d'autant mieux appréciée que l'on juge par comparaison avec la cuisse droite. Un méplat au-dessous de la tumeur, le long du bord interne de la cuisse, prolonge en haut la gouttière des adducteurs.

A ce niveau la palpation ne donne rien d'anormal, et sur la tumeur elle permet de constater que la peau, d'apparence saine, a conservé sa mobilité; qu'il n'y a rien qui ressemble à une boutonnière aponévrotique, enfin que la masse musculaire sous-jacente offre une dureté très grande lorsque l'homme contracte son membre, une mollesse parfaite quand il le relâche. Ces modifications de consistance s'accompagnent de changements de volume analogues.

2° Le patient est assis sur le bord d'une chaise,

les genoux écartés, les jambes pliées sur les cuisses, en un mot dans la position d'un cavalier ; il fait effort pour rapprocher les genoux qu'on maintient éloignés : alors, la saillie de la tumeur augmente beaucoup, en même temps que s'accuse la dépression sous-jacente ; la dureté est beaucoup plus prononcée.

3^o L'homme se fend, le membre gauche en avant et fléchi ; la tumeur fait une saillie bien nette au-dessus de laquelle l'on voit se dessiner les trois tendons des muscles moyen et petit adducteurs, et du droit interne. De nouveau l'homme se fend, mais sur le membre droit ; le gauche reste en arrière et étendu, la tumeur disparaît presque complètement.

Le 9 décembre 1881, on lui a posé une traînée de pâte de Vienne, longue de 8 centimètres sur 1 de large, traînée parallèle à l'axe de la cuisse et passant sur le point culminant de la tumeur. En raison sans doute, de la mauvaise composition de la pâte, l'eschare obtenue était sèche, très adhérente ; elle ne tomba que le 15 décembre. Ce même jour, l'on plaça sur la plaie un morceau de pâte de Canquoin pour intéresser le tissu cellulaire sous-cutané ; le 23, une nouvelle application produisit un eschare qui, tombé le 27, mit à nu une plaie de 8 centimètres de

long sur 3 de large et mesurant plus de 0,015 millimètres de profondeur. Les bords de cette plaie étaient un peu tuméfiés ; au fond le tissu musculaire était mis à nu ; le malade en avait conscience, les moindres contractions du muscle réveillaient de la douleur.

La hernie toutefois n'avait pas augmenté de volume ; elle avait été constamment maintenue par un bandage circulaire compressif, et le patient avait gardé le lit pendant toute la durée des applications caustiques. Ces mêmes précautions furent observées pendant la cicatrisation de la solution de continuité.

Le 27 décembre, la plaie étant détergée et bien granuleuse, les lèvres en furent rapprochées au moyen de bandelettes de diachylon faisant une fois et demie le tour du membre, et formant carapace. La suppuration fut modérée ; le même pansement fut fréquemment renouvelé. Les lèvres de la perte de substance qui, le premier jour, étaient restées écartées de 1 centimètre purent bientôt se mettre en contact, en même temps que les granulations comblaient la perte de substance. Enfin, le 15 janvier 1882 la cicatrice est solide, elle adhère aux parties profondes et la tumeur herniaire qui, à

son niveau, a disparu, peut encore être soupçonnée sur son bord externe.

Les divers mouvements ne donnent plus à la saillie musculaire un volume à beaucoup près aussi notable qu'avant l'opération. L'homme n'accuse aucune douleur ; il prétend éprouver dans la marche un soulagement appréciable, il ne retrouve plus cette sensation particulière que fait naître le défaut de contention du muscle hernié.

OBSERVATION du DOCTEUR CHOUX

Hernie musculaire du jambier extérieur droit par distension de l'aponévrose d'enveloppe.

Tad..., soldat au 3^e régiment d'infanterie de marine ; plus d'un an de service ; sujet très vigoureux, remarquablement musclé, aucune maladie antérieure, entre à l'hôpital militaire de Vincennes le 24 novembre 1891, présentant à la partie antérieure de la jambe droite et à sa partie moyenne, à un travers de doigt du bord antérieur du tibia, et au niveau même du jambier antérieur une tumeur ovoïde à grand axe vertical.

DÉBUT DE LA LÉSION. — Le début exact de la lésion ne peut être précisé par le malade ; il n'a pas souvenance que son apparition ait coïncidé avec un effort récent ou un exercice violent. Tout ce qu'il rapporte, c'est que, marcheur intrépide, avant comme après son arrivée au régiment, il a senti depuis quelques mois une gêne inaccoutumée dans sa jambe droite, que cette gêne, s'aggravant de plus en plus, il est allé consulter le médecin de son corps, il y a un mois environ ; quelques applications iodées, dont l'épiderme conserve encore la trace, jointes à

la compression, ont été les seuls moyens mis en usage, avant l'envoi à l'hôpital.

EXAMEN PRATIQUE LE 25 NOVEMBRE. — La tumeur a de 5 à 6 centimètres dans son grand axe ; un et demi environ dans son axe transversal. Au repos elle est molle, diffuente en quelque sorte, et il est difficile d'en fixer nettement les limites qui se confondent avec les parties voisines, la palpation la plus attentive ne permet pas de sentir de solution de continuité dans l'aponévrose d'enveloppe. Elle n'est le siège d'aucun mouvement d'expansion perceptible à la vue et au toucher, ni d'aucun bruit à l'auscultation ; la peau à son niveau ne présente ni chaleur, ni rougeur.

Si l'on place le pied dans *l'extension*, la tumeur disparaît à peu près entièrement.

Dans *l'extension* combiné avec *l'adduction*, la disparition est *absolue* ; c'est à ce moment, plus particulièrement, qu'il est possible d'affirmer que, malgré la saillie musculaire, réellement considérable dans certains mouvements, la ponévrose ne présente point de boutonnière.

Dans *l'extension* combiné avec *l'abduction*, la tumeur reparaît.

Dans la *flexion*, la tumeur devient saillante et

atteint le maximum de son volume, au moment où le pied arrive à l'angle droit.

Comme M. Richet dans l'observation personnelle consignée par lui à la page 124 de son « Traité d'anatomie chirurgicale », nous plongeons une *épingle* dans la tumeur pour bien nous convaincre qu'elle est due à un déplacement du jambier antérieur, et nous voyons en effet, cette épingle s'agiter et se déplacer dans les mouvements d'extension et de flexion du pied.

L'électrisation du jambier donne des résultats non moins concluants, le passage du courant augmentant visiblement la tumeur, qui diminue, au contraire, dès qu'il est interrompu. Signalons en passant, que dans les cas de hernie du jambier par déchirure de l'aponévrose, les courants faradiques donnent un résultat inverse, la tumeur herniaire réintégrant la cavité aponévrotique en partie au moins et s'affirment par conséquent par le passage du courant pour reparaitre dès sa cessation. Au point de vue du *diagnostic différentiel* des deux variétés de hernies musculaires que nous admettons, ce signe nous paraît avoir une valeur de premier ordre.

DIAGNOSTIC. — Ne pouvant conserver le moindre doute sur la nature exacte de la lésion que nous avons

sous les yeux, et tout diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs possibles (fibro-lipomes de la gaine aponévrotique, kystes hydatiques, anévrysmes, etc.), étant inutile, convaincu d'autre part de l'inefficacité de tout traitement palliatif ; sollicité en même temps de la façon la plus pressante par le blessé, garçon énergique et ardent, qui nous demande de le débarrasser, à tout prix, de son infirmité, nous nous décidons pour une intervention radicale à laquelle nous procédons le lendemain même.

OPÉRATION PRATiquÉE LE 26 NOVEMBRE. — Deux injections de solution de cocaïne au cinquantième (1/50), contenant, à elles deux, de 3 à 4 centigrammes d'alcaloïde, sont pratiquées aux deux pôles de la tumeur et donneront une anesthésie suffisante. L'hémostase est assurée par la bande d'Esmarch. Toutes les précautions antiseptiques habituelles sont rigoureusement prises.

Une incision verticale, dans le sens de la tumeur, et dépassant ses limites d'un demi-centimètre, en haut et en bas, d'une étendue totale de 7 centimètres par conséquent, nous amène directement sur la gaine aponévrotique du jambier.

Nous pouvons alors constater, *de visu*, que si, par le fait de sa distension extrême, cette gaine n'exerce

plus, sur le muscle sous-jacent, la compression exacte et permanente, qui est l'état anatomique normal dans cette région, du moins elle ne présente pas de déchirure, ni la moindre solution de continuité ; à peine, peut-on y constater un peu d'amincissement par élongation de ses fibres longitudinales ; mais, manifestement, la loge musculaire est beaucoup plus ample que son contenu, à l'état de repos ; et, bien que n'ayant pas été jusqu'à l'usure et à la perforation, la distension de l'aponévrose a abouti à une lésion entraînant, au point de vue fonctionnel, les mêmes troubles que la hernie par déchirure aponévrotique.

Nous incisons cette aponévrose sur une sonde cannelée dans une longueur de 6 centimètres environ, et nous arrivons sur le muscle, très épais, très développé, et qui ne présente aucune trace de rupture partielle, ni superficielle, ni profonde.

Dans le but de rendre aussi difficile que possible la récurrence de la lésion, nous imaginons alors de produire d'autre part, sur la partie du muscle correspondant à la distension aponévrotique, une série de brides constrictives, destinées à limiter l'expansion en avant du muscle, à chacune de ses contractions ; de réséquer, de l'autre, sur chacune des lèvres

de la plaie aponévrotique une bande de la même longueur que celle-ci et d'une largeur de 2 à 3 millimètres environ. Avec une petite aiguille courte, nous passons donc, à mi-épaisseur du jambier et espacés de 7 à 8 millimètres les uns des autres, six crins de Florence, qui nous permettent d'étreindre, avec six ligatures distinctes, et qui seront abandonnées, les faisceaux musculaires de la moitié antérieure du jambier : le développement considérable de ce muscle chez notre opéré est tel, que, après la diminution fonctionnelle, qui va être la conséquence recherchée, de l'annihilation partielle des faisceaux étreints dans la ligature, son énergie contractile suffira encore amplement aux fonctions du membre. Après la section de nos crins, que nous pratiquons le plus près possible du nœud, nous enlevons alors sur chacune des lèvres de l'incision aponévrotique, une bande de substance de 3 à 4 millimètres ; nous procédons ensuite à l'affrontement aussi exact que possible de ces lèvres, et nous les saturons, toujours au crin de Florence, en espaçant nos sutures d'un demi-centimètre seulement, et en faisant alterner une suture superficielle avec une suture profonde.

Nous dénommons « *suture profonde* », celle qui traversant l'aponévrose à un centimètre environ de la

ligne d'incision, pénètre ensuite de quelques millimètres dans l'épaisseur du muscle, et après un trajet horizontal intra-musculaire, vient ressortir sur la lèvre fibreuse opposée, à un centimètre également de l'incision : son but, comme celui de la suture en bourse citée dans l'observation de Sellerbeck, est, en fixant solidement le muscle à l'aponévrose, d'éviter plus sûrement encore son issue ultérieure hors de cette aponévrose. L'affrontement des lèvres suturées est minutieusement surveillé au moment de la ligature des crins et est réalisé de la façon la plus exacte.

La bande d'Esmarch est relâchée à ce moment de notre opération ; et, comme nous n'avons, tant du fait de nos incisions, que de celui de nos sutures musculaires ou aponévrotiques, qu'un écoulement sanguin à peu près insignifiant, nous fermons rapidement la plaie cutanée par des sutures profondes et superficielles, faites avec des crins de Florence un peu forts, et placés alternativement comme celles de l'aponévrose. Un pansement antiseptique, et légèrement compressif, recouvre toute la région antérieure du membre ; celui-ci est ensuite immobilisé, y compris le pied, dans une gouttière en zinc laminé, garnie de ouate et complétée, à la partie antérieure

de la jambe, par des valves de même métal, qui assurent sur toute la région opérée une compression régulière en même temps qu'elles rendent plus complète encore l'immobilisation : le talon a été fortement relevé, le pied mis exactement à angle droit ; sous aucun prétexte le blessé ne doit déplacer son membre.

RÉSULTATS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION. — Les suites opératoires furent aussi simples que possible : il n'y eut ni douleur locale ni réaction générale, ni complication d'aucune espèce : au huitième jour, quelques-uns des crins de la suture cutanée sont sectionnés ; mais laissés en place : ce n'est qu'au quinzième jour qu'il est procédé à la section des derniers et à l'ablation de tous. La réunion est parfaite sur toute l'étendue de l'incision. La pression sur la région opérée n'éveille aucune sensation douloureuse. Par mesure de précaution, l'immobilisation et le séjour au lit sont prolongés jusqu'au vingtième jour ; mais, ni aux premières tentatives de marches pratiquées à ce moment — 15 décembre, — ni consécutivement, il ne fut plus possible de constater la moindre trace de la hernie ; la cicatrice cutanée n'était nullement adhérente aux plans profonds et les contractions musculaires se faisaient librement.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'OPÉRATION. — Le blessé, sorti de l'hôpital par congé de convalescence, trente-cinq jours après l'opération, a repris en février 1892, son service militaire. Il a pu, depuis, suffire à toutes ses obligations sans difficulté. Nous ajouterons que, suivant notre conseil, il avait continué d'exercer pendant ses deux mois de convalescence, une légère contention de la jambe, au niveau de la cicatrice cutanée, au moyen de bandes de flanelle : depuis, le membre avait été abandonné à lui-même.

Hernie du moyen adducteur (Observation de M. le méd. major GARIN.) Nimier. (Arch. de méd. et chir. milit., 1892).

Le 2 août 1890, D..., soldat à la 6^e section de commis et ouvriers d'administration, en convalescence à Saint-Romain (Côte-d'Or), entre à l'hôpital de Dijon pour hernie musculaire progressive et douloureuse. Il est, en effet, porteur d'une tumeur à large base, siégeant en dehors du pli génito-crural gauche, sur le trajet d'une ligne allant du pubis à la portion moyenne de la cuisse, tumeur du volume d'une orange, mollassse, mais durcissant et grossissant dans les mouvements d'adduction, surtout quand on s'oppose à eux en attirant le genou en dehors. Pendant le relâchement des muscles, rien ne donne la sensation d'une boutonnière aponévrotique.

D... raconte que, incorporé au 1^{er} régiment de hussards, en janvier 1890, à la voltige, en s'essayant aux ciseaux, il ressentit une douleur très vive à la face interne et supérieure de la cuisse gauche et fut dans l'impossibilité absolue de rester à cheval. Considéré comme inapte au service de la cavalerie, par suite de cet accident, il fut, au mois de mars versé dans une section de commis et ouvriers. Mais malgré le changement d'arme, la tumeur grossit, le membre intéressé se fatigue vite, certains mouvements brus-

ques réveillent de la douleur ; aussi le malade demande-t-il à entrer à l'hôpital.

Pendant plus d'un mois, la tumeur est maintenue comprimée sous une large plaque de gutta-percha, moulée sur la face interne du membre. Malgré cette compression et un repos relatif, la hernie ne diminue pas ; aussi le 5 septembre, assisté de M. le médecin principal Liénard, M. Gazin se décide à intervenir.

Une incision de dix centimètres, légèrement oblique en dedans et en bas, correspondant, par son milieu, à la tumeur, intéresse la peau ; elle se trouve en dedans et parallèle à la saphène interne. Les bourrelets exubérants du panniculè adipeux sont excisés ; l'hémostase est pratiquée. Alors, dans la plaie béante, le membre étant placé en adduction, on voit le moyen adducteur recouvert de sa gaine, dessiner une masse oblongue, large de cinq centimètres, qui écarte et soulève les bords très amincis de la déchirure aponévrotique. La hernie se réduit par le retour progressif du membre à la position normale et alors on constate qu'il n'existe pas une boutonnière aponévrotique dans le sens propre du mot ; mais les bords usés du trou de l'aponévrose semblent se perdre sur le pourtour de la masse musculaire, affectant dans leur ensemble la forme d'un ovale à grand axe longitudinal.

L'aponévrose est réduite à leur niveau à une pellicule très légère, blanchâtre, qui semble formée par des fibres parallèles en hauteur.

Après avoir excisé toute la portion du muscle (du volume environ d'un œuf de pigeon) qui tendait à faire hernie, M. Gazin affronte soigneusement par huit points de suture au catgut fort les doubles bords de la gaine du muscle et de l'aponévrose fémorale, et par sept points au fil d'argent, il ferme l'incision cutanée. Un morceau de protective sur la plaie, des compresses de gaze iodoformée, un manchon compressif de coton hydrophile composent le pansement.

Au huitième jour, la plaie cutanée était cicatrisée et le douzième jour l'opéré est autorisé à s'asseoir dans un fauteuil.

Peut-être D... a-t-il abusé de la permission car, à sa sortie de l'hôpital, le 19 octobre, il présentait sous sa cicatrice une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur reste stationnaire, les mouvements musculaires n'ont sur son volume aucune influence ; enfin l'opéré se sert de son membre sans la moindre gêne.

Après un mois de convalescence, D... reprit son service et, à la fin de l'année 1891, quinze mois après l'opération, on note que la tumeur conserve le volume

d'une petite noix, que la cicatrice cutanée n'est pas adhérente à son niveau et que les contractions musculaires se font librement.

L'homme est en parfait état de remplir toutes les exigences de son service.

OBSERVATION du DOCTEUR MICHAUX

Hernie musculaire vraie du moyen adducteur

D., Hippolyte, âgé de 27 ans, est entré dans notre service le 5 août 1893 pour une tumeur de la partie supérieure et interne de la cuisse, dont il s'est aperçu il y a trois mois environ. C'est au mois de mai que le malade a ressenti les premiers troubles : à la fin de la journée il éprouvait une légère douleur ou plutôt une sorte d'engourdissement à la partie supéro-interne de la cuisse gauche ; cet engourdissement s'accompagnait parfois, « suivant l'expression même du malade », d'une sensation de brûlure qui s'étendait à toute la partie supérieure de la cuisse. En même temps, D... constata dans cette région, une petite grosseur qui s'accrut insensiblement.

Les phénomènes douloureux se produisaient surtout à la fin de la journée de travail, particulièrement lorsqu'il portait une charge sur l'épaule gauche, ce qui lui arrivait souvent. La fatigue et la douleur augmentaient peu à peu, le malade se décide à entrer à l'hôpital. Il est placé dans le service de M. Labbé, salle Blandin, n° 10.

A son entrée à l'hôpital, je constate à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant la partie moyenne du moyen adducteur. Cette tumeur est indolente, inéductible par pression, de consistance moyenne, plutôt molle quand les muscles sont dans le relâchement. Elle est mate à la percussion, mal limitée en haut et en bas.

Si l'on vient à écarter le membre inférieur de la ligne médiane (*épreuve de la distension passive*) la tumeur diminue de volume sans disparaître totalement. Si on commande au malade de rapprocher les cuisses, on voit la tumeur *grossir, durcir*, sans remonter bien sensiblement. Si on empêche la contraction d'être suivie d'effet utile, en maintenant les genoux écartés, la tumeur ne paraît pas augmenter de volume.

Je signale le fait sans chercher à l'interpréter, et en appelant l'attention d'autres observateurs sur ce point qui paraît d'une observation délicate et difficile et d'une interprétation plus difficile encore.

Nous écartons facilement le diagnostic de hernie crurale, profonde ou pectinéale, et de hernie oburatrice et nous portons le diagnostic de hernie musculaire ou de fausse hernie, puisque nous croyons peu

à la hernie vraie, nous basant sur les travaux de M. Farabœuf.

Les antécédents viennent à l'appui de ce diagnostic. D... s'est engagé dans la cavalerie, il a fait son temps de service aux chasseurs à cheval à Verdun ; il est sorti brigadier. Il n'était pas monté à cheval avant d'entrer au régiment ; ses classes ont été laborieuses, mais il n'a jamais observé la moindre rupture musculaire, la plus petite ecchymose. Il est resté 5 années entières à son régiment. Dans tout ce temps il n'a été malade que deux mois, en 1890 ; il a été soigné à l'hôpital pour une bronchite et pleurésie dont il ne paraît avoir conservé aucune trace.

Il quitte le service en janvier 1891, entre comme journalier, porte de gros fardeaux. Ce n'est qu'au bout de deux ans et demie qu'il s'aperçoit de troubles et de l'existence de la tumeur dans la région musculaire. Cette tumeur est survenue lentement, sans douleur brusque, j'insiste sur ce point ; il n'y a eu ni douleur, ni l'ecchymose, ni le développement brusque des ruptures et même de certaines hernies musculaires vraies.

L'occasion se présentait donc de vérifier les travaux de M. le docteur Choux sur le traitement des

hernies musculaires et de savoir à quelle affection nous avons exactement à faire.

Le 16 août, je pratique l'opération sous chloroforme, avec les précautions d'usage. Longue incision cutanée suivant l'axe du moyen adducteur. Le tissu cellulaire divisé, je tombe sur une saillie musculaire indiscutable, constituée par un gros faisceau du moyen adducteur, du volume du doigt. Ce faisceau n'est pas recouvert d'aponévrose, celle-ci ne présente pas non plus de boutonnière nette, elle est manifestement amincie, et on voit seulement sur les bords de la tumeur, quelques faisceaux fibreux qui témoignent de l'usure aponévrotique incontestable.

Je résigne le faisceau hernié sur une étendue de six à sept centimètres, il a le volume de l'index et ne présente aucune trace de rupture, aucune lésion microscopique apparente. Il est seulement plus long que les faisceaux voisins. Les deux extrémités de ce faisceau sont liées au catgut. La résection terminée, je me trouve en présence d'une petite gouttière musculaire, et pour donner de la solidité à la cicatrice, j'en enserme largement les deux bords dans une suture en surjet continue avec un gros fil de soie plate qui se trouve ainsi rapprocher et même recroquevil-

ler en dedans les deux bords de la solution de continuité opératoire.

Le résultat immédiat est idéal. Je prends ensuite largement l'aponévrose, et j'en rapproche les deux lèvres par un autre surjet à la soie, suture superficielle au crin de Florence.

Malheureusement, malgré l'ébullition préalable, la soie que j'avais employée provoqua un abcès qui fut ouvert le 20 août à la partie inférieure de la plaie première et nécessita même une contr'ouverture plus haut et plus en dedans. Pendant quelque temps, il persista un peu de suppuration, et le 15 septembre on retira tout entier le fil qui avait servi au surjet musculaire et qui avait été l'origine de tous les accidents.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade nous quittait pour aller à Vincennes. Je l'ai repris dans le service pour étudier les résultats de l'opération.

Il présente à l'heure actuelle une cicatrice de dix à douze centimètres, occupant l'axe du moyen adducteur. Au repos, il n'y a pas d'autre saillie qu'un peu de plissement par froncement cutané, plus accusé au point où s'est ouvert l'abcès d'évacuation du fil de soie.

Le malade couché, l'épreuve de la distension pas-

sive provoque la disparition de la faible saillie cutanée, et même détermine la formation d'une dépression répondant à la région opérée. La contraction active, libre, du moyen adducteur se fait irrégulièrement, par faisceaux qui se dessinent successivement sous la peau; en même temps apparaît une saillie musculaire faible, plutôt molle que résistante, et en somme nullement comparable à ce qui existait entièrement. Lorsque la contraction active est empêchée, la saillie que je viens de signaler m'a paru un peu plus dure, mais pas beaucoup plus grosse.

J'ajoute que le malade marche bien, qu'il ne souffre plus et que le résultat est très satisfaisant; n'était cette légère saillie persistante, je dirais qu'il est parfait.

Hernie du moyen adducteur de la cuisse droite.

(Opération. Résultats incomplets.)

Nous devons cette observation à la bienveillance de M. le docteur Daricarrère médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, mais nous pensons qu'il s'agit d'une pseudo-hernie par rupture musculaire.

Sén-Pierre, 2^e can. cond. au 13^e d'artillerie, 22 ans, entré à l'hôpital militaire de Vincennes le 19 septembre 1893.

Pas d'antécédent morbide. Sujet vigoureux, bien musclé, bien portant.

Le 15 septembre, dans son exercice, il saute à cheval de pied ferme : il saisit la crinière de la main gauche ; mais l'animal se dérobe au moment où il porte la main droite sur le troussequin qu'il étreint mal, ce qui rend le saut beaucoup plus difficile. En s'enlevant il ressent une vive douleur à la partie supérieure de la cuisse droite et comme une sensation de déchirement. Cependant il parvient à se mettre en selle et il y reste environ une demi-heure, sans trop souffrir, mais ne pouvant serrer des genoux, ni reposer sur la fesse droite qu'il soutient par une main engagée au-dessous. En descendant de cheval, il éprouve de la difficulté à marcher. On le soigne à l'infirmerie pendant 3 jours : résolutifs et compression. Il entre à

l'hôpital le 19 septembre, en vue d'une opération reconnue nécessaire par le médecin du corps.

EXAMEN ET DIAGNOSTIC. — Il présente à la partie supérieure, antérieure et interne de la cuisse droite, le membre étant en abduction, une tumeur du volume d'un œuf de poule, oblongue du haut en bas et de dedans en dehors, naissant à 2 travers de doigt au-dessus de l'épine du pubis et se dirigeant vers le tiers moyen de la cuisse : elle mesure de 7 à 8 cent. de longueur, 5 de largeur et fait saillie en avant de 2 à 3 cent. Si l'on rapproche le membre en adduction, elle s'efface en grande partie et devient molle et pateuse. Si, au contraire, on porte le membre en abduction, en recommandant au malade de s'opposer à ce mouvement, elle devient dure, résistante, d'un relief plus accusé. Pas d'ecchymose à son niveau. Elle est irréductible, peu douloureuse à la pression. Elle n'offre pas de pulsations ; elle est silencieuse à l'auscultation. Les téguments glissent sur elle. La palpation ne permet pas de reconnaître une lésion, un trou de l'aponévrose. Le malade, nous l'avons dit, marche avec peine ; le membre droit fléchit parfois sous lui et refuse de le porter ; il lui est surtout difficile de monter et de descendre des escaliers. Le diagnostic

est évident : il s'agit d'une hernie du moyen adducteur.

Opération faite le 22 septembre au matin.

La cuisse est placée en abduction et légère rotation en dehors pour faire saillir la tumeur. 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne sont distribués dans le tissu cellulaire sur le trajet de la ligne qui doit suivre l'incision ; 2 autres centigrammes sont injectés dans la partie herniée du muscle. La peau est divisée suivant le grand axe de la tumeur, à égale distance de ses bords (1). Arrivé à l'aponévrose, on en décolle de chaque côté le tissu cellulaire : cette membrane ne montre pas de solution de continuité, mais, au point culminant de la tumeur, sur une hauteur de 5 centimètres et 2 à 3 centimètres de largeur, elle est amincie, éraillée, distendue, laissant mieux voir par transparence le muscle sous-jacent. Elle est incisée directement sur ce dernier dans toute la hauteur de la tumeur : chaque lèvre est tendue au moyen de la pince et les ciseaux en retranchent une bande d'un centimètre correspondant à la zone affaiblie. Le moyen adducteur, libéré de son enveloppe, est saisi par les doigts de chaque côté, au-

(1) Sur 10 centimètres de longueur.

dessous de la partie herniée, et, avec l'aiguille courbe, il est traversé à ce niveau par 9 fils de soie implantés successivement de haut en bas. Ces fils, formant anses, sont soulevés en masse de chaque côté et, avec les ciseaux courbes, on abrase, en les rasant de près, toute la partie musculaire qui les débordent ; puis, ils sont serrés et noués, rapprochant ainsi les deux lèvres, interne et externe, de la surface de section du muscle et arrêtant ainsi l'hémorrhagie en nappe qui s'est fait jour après la section ; les fils sont coupés à ras des nœuds. — Un long fil de soie traverse l'aponévrose, en haut, à un centimètre au-dessus de l'extrémité supérieure de sa section ; il est lié solidement, laissant un petit chef pendant, ramené sur la peau. Le long chef, muni d'une aiguille, perce les lèvres de l'aponévrose à 1 centimètre de chaque bord, les rapproche et est amené, en surjet, de centimètre en centimètre, jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure de la section, où il est arrêté par un nœud coulant. A ce moment, l'aponévrose paraît égale, épaisse et solide dans toute sa surface : la ligne de suture, froncée, fait une saillie médiane sur la longueur du muscle. Le même fil est repris et ramené, en surjet, de bas en haut, embrassant et rapprochant dans chaque anse le tissu

cellulaire de chaque côté et le fixant à la suture de l'aponévrose que l'aiguille traverse à nouveau entre chaque point du surjet jeté d'abord sur elle. Arrivé à la fin de sa course, il est lié avec le petit chef et les deux fils sont coupés à ras du nœud. Les lèvres de section de la peau, déjà très rapprochées, sont réunies exactement par 11 points séparés au crin de Florence.

Le blessé, après pansement (collodion iodoformé gaze iodoformé, ouate hydrophile aseptique, makintosh et spica de l'âme) est rapporté dans son lit, où il est maintenu au repos absolu pendant 40 jours. Jamais de fièvre, état général toujours excellent.

Le seizième jour, les sutures au crin de Florence sont enlevées : la réunion est complète, sauf dans le bas où quelques fils ont coupé la peau, laissant une évulsion très superficielle, qui se cicatrice elle-même très rapidement sous un pansement antiseptique. Un tampon d'ouate, placé sur la cicatrice, et un spica de l'aine avec une longue bande de flanelle assurent une compression élastique au niveau de la tumeur primitive.

Le 1^{er} novembre, quarante-unième jour, le malade est autorisé à se lever et il ne tarde pas à vivre de la vie commune, allant et venant, montant et descen-

dant les étages, comme avant son accident. Il affirme n'éprouver aucune gêne.

Cependant, quand on l'examine debout, on remarque encore une légère saillie au siège primitif de la tumeur. Quand il est couché, le membre en adduction, il n'en existe pas trace ; mais, si l'on porte le membre en abduction, le malade s'opposant à ce mouvement, la tumeur reparait, beaucoup moins proéminente qu'avant l'opération et surtout beaucoup moins dure et moins résistante, mais encore appréciable. Les tissus ramassés vers le centre par les sutures en surjet entrent pour quelque chose dans cette saillie, qui se produit pendant la contraction du muscle ; mais ce dernier n'y est probablement pas complètement étranger, bien que son corps ne durcisse plus sous la main.

L'opéré est parti le 16 novembre, dans cet état, en congé de convalescence de trois mois. A son retour, nous pourrons juger des résultats définitifs de notre opération qui, jusqu'à présent, ne nous paraissent pas complets.

MÉCANISME ET ÉTIOLOGIE

Quelques mots d'anatomie sont nécessaires pour faire comprendre le mécanisme de la hernie.

En raison du siège habituel de ces lésions au membre inférieur, nous signalerons seulement à la cuisse et à la jambe les dispositions anatomiques intéressantes à notre point de vue.

Les divers groupes musculaires de ces régions sont maintenus par des manchons aponévrotiques à peu près inextensibles.

Leur résistance varie suivant les individus et les différents points où on les considère. A la cuisse l'aponévrose fémorale bride très fortement les muscles sous-jacents ; elle est formée de fibres transversales prédominantes et de fibres longitudinales qui s'entremêlent à la manière des fils réciproquement perpendiculaires de la toile. Son épaisseur diminue notablement en haut et en dedans au niveau des muscles adducteurs ; au dehors au contraire, elle est

renforcée par une expansion du tendon du grand fessier et les fibres tendineuses du fascialata.

En avant sur le corps charnu du droit antérieur la toile fibreuse est mince. Ajoutons que les adhérences de l'aponévrose au bassin et au genou, ne lui permettent pas de céder beaucoup à la compression et à l'augmentation de volume des muscles sous-jacents.

A la jambe, l'aponévrose antérieure est très résistante dans son tiers supérieur ; elle s'y trouve formée par l'entrecroisement des fibres sous des angles très aigus. Au tiers moyen sa densité est moindre ; les fibres longitudinales prédominent. Au tiers inférieur enfin, il existe une condensation manifeste avec prédominance des fibres transversales. Or les faisceaux fibreux transversaux, sous l'influence de la contraction musculaire, tendent à se rapprocher, tandis que sous la même influence les faisceaux longitudinaux s'écartent.

Remarquons aussi que vu la rigidité des autres parois de la loge ostéo-fibreuse jambière antérieure la paroi antérieure aponévrotique subit la presque totalité de l'effort expansif qui accompagne la contraction du groupe musculaire correspondant. Enfin, fait que l'on ne retrouve pas à la cuisse, les muscles

s'insèrent à la face profonde de l'aponévrose au niveau du tiers supérieur de la jambe.

Généralement dit M. Farabœuf (Soc. de chirurgie, 26 janvier 1881) les muscles sont assez loin de remplir leurs manchons aponévrotiques. Aussi lorsque par le raccourcissement dû à sa contraction un muscle vient à grossir, n'exerce-t-il qu'une pression faible ou nulle de l'intérieur vers l'extérieur, même lorsque le sujet est bien musclé, c'est-à-dire lorsqu'il a des muscles plein ses aponévroses. S'il en était autrement la compression des aponévroses entraverait le raccourcissement des muscles et par conséquent diminuerait l'étendue des mouvements.

Cette opinion ne saurait être admise dans toute sa rigueur. A la jambe en particulier les muscles situés dans la gaine antérieure y semblent à un état de compression permanente et nul n'ignore que, aussitôt l'incision de l'aponévrose, leurs fibres s'échappent, font hernie entre les lèvres de la plaie. D'ailleurs les aponévroses n'offrent pas une résistance telle que le muscle contracté et grossi ne puisse la distendre momentanément. L'aponévrose renferme des fibres élastiques.

Sans doute si le segment du membre est flasque, si le contenant fibreux est largement suffisant pour

le contenu musculaire, les muscles se contracteront sans difficulté, se raccourciront et grossiront sans distendre l'aponévrose. Si au contraire les muscles sont au plein de leurs gâines, deux cas peuvent se présenter : ou bien les muscles se contractent sans pouvoir entraîner leurs leviers osseux maintenus immobiles par un agent quelconque ; dans cette circonstance le diamètre transversal du muscle change peu, la pression qu'il exerce sur l'aponévrose n'augmente guère. Autrement la contraction musculaire engendre le mouvement du membre et le groupe de muscles contractés et raccourcis dilate sa loge aponévrotique. Si le groupe voisin est au repos, la dilatation se fera aux dépens de sa loge. M. Farabœuf dit à ce propos : « Il y a entre les loges des groupes musculaires antagonistes une espèce de complaisance que l'on pourrait exprimer ainsi : Quand un muscle se raccourcit et grossit, il tire à lui la couverture que lui cède volontiers son antagoniste allongé et aminci par l'action même du premier. »

Tel n'est pas le cas d'ordinaire. En particulier le mouvement d'adduction de la cuisse ne peut s'exécuter sans que tous les muscles adducteurs (pectiné, moyen, petit et grand adducteur, droit interne) entrent en jeu et produisent un effort expansif contre

le point faible de l'aponévrose. Or, si au mouvement d'adduction de la cuisse on joint un mouvement d'extension de la jambe, tout un nouveau groupe de muscles puissants (droit antérieur, vastes interne et externe, tenseur du fascialata) entre en même temps en jeu et vient prêter son concours à l'expansion des adducteurs.

Comme le fait remarquer M. Baudin, lorsque dans le manchon aponévrotique de la cuisse, la masse en quelque sorte homogène des muscles adducteurs et extenseurs entre d'un seul coup en contraction, il en résulte une expansion d'ensemble de toute la masse.

Cet effort s'exerce sur tous les points de l'aponévrose. Ce n'est donc plus seulement l'action du moyen adducteur qui se fait sentir au point faible de l'aponévrose où se prépare la hernie, mais bien une sorte de résultante de la plus grande partie des forces expansives de la contraction de la masse musculaire mise en jeu.

L'on ne saurait donc faire de difficultés pour admettre la production lente et spontanée de la hernie musculaire. Une contraction presque permanente des muscles, ou plus exactement la série de leurs contractions rapides et nombreuses, fatigue l'aponévrose, ses fibres se dissocient insensiblement au niveau du

point le plus comprimé, et finalement la solution de continuité, l'éraillure ou l'*usure* aponévrotique permettent aux fibres musculaires de s'échapper.

Chez qui observe-t-on la hernie du moyen adducteur ? M. Baudin nous répond : chez des cavaliers adonnés à un exercice qui exige une mise en jeu fréquente et énergique des muscles adducteurs. De plus, toujours nous voyons que le début de l'affection s'est montré dans les premiers temps où ces hommes apprenaient à monter à cheval ; or, à ce moment l'apprenti cavalier est peu adroit, souvent il a peur de sa monture ; de là pour se maintenir à cheval des étreintes de cuisse d'autant plus brusques, d'autant plus violentes.

En outre, à cette période de l'instruction le travail se fait souvent sinon toujours sans selle et sans étriers ; de là les mouvements d'extension forcée de la jambe en même temps que l'adduction forcée de la cuisse. Au premier mouvement de surprise de la part du cheval, le cavalier instinctivement se renverse en arrière, raidit ses jambes en avant et étreint l'animal de ses cuisses avec toute la force dont il est capable.

Ce sont bien là les conditions les plus favorables à la production de la hernie.

De même un cavalier montant d'habitude à l'anglaise, fait souvent de longues courses; les contractions répétées des gastrocnémiens dissocient leur aponévrose d'enveloppe et, un jour, une petite tumeur apparaît au mollet, se traduit par un peu de gêne dans les mouvements de la jambe et l'exercice excessif continuant, la hernie musculaire se développe et est constatée. C'est le cas du malade de Dupuytren.

Dans le cas de hernie du jambier antérieur, le même mécanisme s'observe avec cette particularité que, en raison des resertions musculaires au tiers supérieur de l'aponévrose, la lésion a pour siège d'élection le tiers moyen de la jambe. De plus si la déchirure aponévrotique paraît se faire de préférence très près du tibia, c'est que en ce point le muscle est plus saillant et c'est cette partie qui pendant la contraction musculaire se trouve le plus fortement et le plus directement distendue.

La hernie musculaire spontanée à début *lent, insidieux* ne peut donc être théoriquement mise en doute. L'observation clinique confirme son existence. En est-il de même de la hernie musculaire à début brusque et violent? A ce propos M. Mourlon admet qu'un début brusque et violent, d'autant plus énergique qu'il est plus rapide et que les muscles sont

plus puissants déchire l'aponévrose dans une certaine étendue et incontinent la hernie se manifeste.

Par exemple, un cavalier enfourche rapidement son cheval et se déchire l'aponévrose fémorale ; un garçon de peine soulève brusquement un fardeau très lourd, se fait une hernie intestinale et en même temps une rupture de l'aponévrose de la cuisse ; un jeune homme dans un exercice de gymnastique, fait le saut de la Rivière, tombe sans souplesse sur un sol résistant et se brise l'aponévrose jambière. L'on peut se demander comment une violence assez grande pour rompre une aponévrose n'intéresse pas le muscle sous-jacent.

Dans ces cas il semble raisonnable d'admettre que la lésion de la gaine s'accompagne de rupture musculaire. Mais est-ce la règle ? A défaut d'examens microscopiques, on doit se contenter des renseignements fournis par la clinique. Une observation de hernie du moyen adducteur, rapportée par M. Mourlon paraît avoir trait à un cas de hernie musculaire à début brusque sans rupture du muscle. On ne saurait toutefois méconnaître que dans la majorité des cas, l'on a affaire non à une hernie, mais à une pseudo-hernie musculaire ; la douleur persistante, l'ecchymose confirment cette opinion. Deux

facteurs sont à considérer dans ce mécanisme qui éclaire l'étiologie de la hernie : le muscle et sa gaine d'une part, la contraction musculaire de l'autre.

Le lieutenant de douanes, observé par M. Perrin vit sa tumeur se développer lentement par suite des exercices musculaires répétés qu'il était obligé de faire dans la poursuite des contrebandiers. La pseudo-hernie au contraire survient brusquement comme chez le soldat de M. Gaujot. (Hernie musculaire chez un artilleur. (Bull. soc. de chir. 4 novembre 1878) le sujet tombe sur les pieds d'une certaine hauteur et, pendant l'effort qu'il fait pour prévenir sa chute, il détermine par une contraction musculaire énergique la rupture de son muscle et de son aponévrose (1).

Il y a donc des faits anatomiques certains établissant la possibilité et l'existence de *hernies musculaires vraies*, c'est-à-dire de tumeurs formées par une portion de muscle intact, non rompu, à travers une boutonnière aponévrotique accidentelle de dimension variable.

Cette lésion a du reste été reproduite expérimentalement sur des animaux par M. Guinard qui a publié

(1) Cette description anatomo-physiologique est empruntée au travail si consciencieux de M. Nimier (Extrait des archives de Médecine 1882),

ses recherches dans la *Gazette hebdomadaire* de 1888. Si à la surface d'un muscle long et nonadhérent à sa gaine comme le demi-membraneux du lapin, on enlève un lambeau d'aponévrose et si on vient à rapprocher le plus possible et rapidement les deux insertions du muscle, la hernie musculaire se produit avec ses caractères cliniques.

CARACTÈRES PHYSIQUES

De la Hernie musculaire

Dans le cas de hernie musculaire, la tumeur est recouverte par la peau qui a son niveau, a conservé sa mobilité et sa couleur normale. Cette tumeur est mate, et, à l'auscultation elle ne laisse entendre ni souffles ni battements ; si on la ponctionne comme le fit M. Cusco chez le malade de M. Larrey, elle donne lieu à un écoulement sanguin. Quelques auteurs ont parlé de faire une ponction exploratrice avec le trocart à crochet de Duchenne (de Boulogne) c'est là une manœuvre absolument inutile. Le volume de la saillie normale est variable d'abord suivant la région. A la cuisse, la hernie musculaire peut n'avoir que la grosseur d'une noisette ou dépasser celle d'un gros œuf de poule. Au niveau du jambier antérieur la tumeur est d'ordinaire moins volumineuse. Le volume, en second lieu, se modifie d'après la position du membre et l'état de contraction du muscle. M. Mourlon assure que la tumeur est irréductible

spontanément, à moins qu'elle ne soit très petite et formée par un muscle adhérent largement à un os, auquel cas elle est réduite par une légère pression combinée à une position qui place dans l'inertie les parties constituentes.

A la cuisse, la hernie du moyen adducteur se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde à grand axe presque parallèle à celui du membre faisant par exemple une saillie de deux centimètres quand les cuisses sont parallèle et au repos. Si l'on fait contracter les adducteurs, la saillie anormale se délimite mieux, mais on ne trouve aucun pédicule ; la tumeur fait corps avec le muscle sous-jacent. Si, les cuisses étant écartées et le patient accroupi, l'on résiste au mouvement de rapprochement des genoux, l'on voit la saillie notablement augmentée, plus par suite de la tension des muscles voisins que par une augmentation de volume de la tumeur elle-même. Si encore on porte la cuisse inerte dans l'abduction la grosseur diminue et peut finir même par s'effacer. Vient-on à appliquer la main au niveau de la tumeur ainsi réduite on sent, quand la cuisse passe de l'abduction dans l'adduction, une masse ferme qui devient de plus en plus apparente. Disons de suite qu'aux changements d'état du muscle, correspondent des changements de

consistance de la tumeur. Le muscle est à l'état de relâchement, la tumeur est mollassse, elle donne la sensation de fausse fluctuation si on la recherche dans un sens perpendiculaire à celui de la direction des fibres musculaires. Puis, à mesure que le muscle entre en action, la densité de la tumeur varie depuis la flaccidité du muscle au repos jusqu'à la dureté du biceps brachial dans ses contractures les plus énergiques. Ces changements de consistance peuvent être encore recherchés au moyen de l'électrisation de la tumeur ou des muscles ainsi que l'a proposé le professeur Guyon.

Une description typique des signes physiques d'une vraie hernie musculaire est celle que nous allons donner et que nous empruntons à l'observation d'une lésion analogue relatée par le docteur Larger (séance de la Soc. de chirurgie 30 mars 1881), observation citée tout au long plus haut : « Le début de l'affection, dit M. Larger, a été méconnu ; constatée à l'âge de 18 ans, la tumeur n'a pas depuis présenté de modifications.

Au repos, la tumeur est molle, résistante plutôt que fluctuante, facilement réductible, disparaissant entre les deux lèvres d'une boutonnière verticale, à bords tranchants, que la pulpe de l'auriculaire ne peut

franchir. Lorsque la jambe se raidit, la tumeur durcit.

1° Pendant les mouvements volontaires du malade :
Pied dans l'extension, la tumeur disparaît presque entièrement.

Pied dans l'extension et l'abduction, la disparition est complète.

Pied dans l'extension et l'adduction : reproduction immédiate de la tumeur.

Pied dans la flexion. La tumeur très saillante persiste jusqu'à la flexion du pied à angle droit. A partir de ce moment, elle disparaît en remontant vers le genou, et il reste un creux à la place qu'elle occupait; la peau se déprime en doigt de gant entre les deux lèvres de la boutonnière aponévrotique.

2° Pendant les mouvements communiqués, la jambe étant dans le relâchement. Les phénomènes sont identiques pendant l'extension, l'abduction et l'adduction du pied. Pendant la flexion et quel que soit son degré, la tumeur ne disparaît pas.

3° Enfin pendant les mouvements provoqués par les courants galvaniques et faradiques, on constate que la tumeur fait bien corps avec le jambier antérieur. L'électrisation des muscles voisins est sans action sur elle : par l'électrisation du jambier anté-

rieur, la tumeur disparaît et remonte avec ce muscle vers le genou, comme tout à l'heure dans les mouvements volontaires du malade. Enfin la faradisation et surtout la galvanisation de la tumeur seule y produisent un durcissement manifeste caractéristique.

Outre les signes physiques que nous avons précédemment signalés, il en est un sur la valeur duquel il faut s'appesantir : peut-on sentir l'ouverture aponevrotique par laquelle s'est faite la hernie ? Les auteurs s'accordent à dire que le muscle étant dans le relâchement et la hernie par là même réduite, la simple palpation permet de sentir les bords de cet orifice. C'est là une vue toute théorique, au moins pour ce qui est de la hernie du moyen adducteur. M. Mourlon, cependant, dans un cas sentit la tumeur disparaître à travers une ouverture qui pouvait recevoir quatre doigts, dont les bords tranchants, perpendiculaires à l'axe du membre, semblaient des cordes très tendues. M. Baudin, d'accord avec la clinique reconnaît que dans la plupart des cas l'on ne peut trouver de boutonnière. L'aponévrose en effet, a cédé peu à peu, après avoir été primitivement en quelque sorte usée, amincie ; il n'y a eu aucun travail de cicatrisation, et par suite les bords de la solution de continuité n'ont pu ni se tuméfier, ni se

durcir. Dans de pareilles conditions, on ne peut arriver à sentir les bords de l'aponévrose au travers de la peau et du pannicule adipeux. C'est en effet ce que nous avons constaté chez le malade qui fait l'objet de l'observation de M. Michaux.

A la jambe il en est autrement ; dans l'observation précédente de M. Larger, la tumeur facilement réductible disparaissait entre les deux lèvres d'une boutonnière à bords tranchants que la pulpe de l'auriculaire ne pouvait franchir. Chez le malade de M. Perrin, la tumeur était ainsi limitée : en haut et en dehors par une ligne brusque, fibreuse, en haut on percevait une sensation de corde tendue ; en dedans l'on arrivait sur la face externe du tibia en refoulant la tumeur ; en bas celle-ci se perdait insensiblement.

EN RÉSUMÉ : Intégrité des téguments, matité, absence de bruits anormaux, modifications de volume et de densité en rapport avec l'état des muscles, orifice aponévrotique parfois appréciable, tels sont les signes physiques de la hernie musculaire vraie.

TROUBLES FONCTIONNELS

de la hernie musculaire.

Aux signes physiques précédents viennent se joindre des troubles fonctionnels. La meilleure idée que nous puissions en donner est de citer textuellement le récit que le sous-officier maréchal-des-logis W... fait des symptômes qu'il éprouvait, dans l'observation 3 de M. Baudin, ce récit complétant d'ailleurs l'observation citée plus haut :

« Peu à peu et insensiblement, je commençai à ressentir un peu de gêne dans toute la partie supérieure de la cuisse à la suite des séances un peu longues d'exercices à pied, à la suite surtout des corvées de fourrages ou de pain ; bref, à la suite de tout exercice un peu violent et prolongé du membre. L'équitation ne laissait pas que de me fatiguer beaucoup également ; comme tous les débutants, je me croyais obligé de développer une force considérable pour étreindre mon cheval, et souvent à la fin des reprises de travail à cheval, je me sentais pris de

véritables crampes au niveau de ma petite grosseur. Celle-ci, du reste, augmentait en même temps peu à peu, mais d'une manière indubitable.

La fatigue ainsi occasionnée était supportable ; aussi j'atteignis la fin de mes classes sans consulter le médecin. Je puis dire que ma tumeur cessa ses progrès en même temps que cessèrent les fatigues de l'instruction, elle était dès cette époque ce qu'elle est aujourd'hui et la gêne qu'elle occasionnait n'a pas augmenté. Depuis un an, la situation est restée absolument la même.

Je me suis rendu compte du soulagement qui m'est procuré par le maintien de la tumeur par quelque moyen que ce soit, et souvent, lorsque je prévoyais un exercice un peu long, un peu fatiguant, j'avais soin d'entourer ma cuisse, à la hauteur de la tumeur, d'un bandage quelconque fait avec un mouchoir, une bande de linge.

A cela M. Baudin ajoute :

L'attention du malade étant plus spécialement appelée sur les caractères de la fatigue, de la douleur provoquée par l'exercice, celui-ci insiste tout spécialement sur la distinction suivante : la marche, surtout si elle est un peu accélérée, ne tarde pas à provoquer en premier lieu une fatigue générale du

membre qui semble plus considérable à la partie supérieure et externe de la cuisse, pour peu que l'exercice se prolonge, la fatigue dégénère en une véritable courbature qui persiste encore quelque temps au repos. L'exercice à cheval, au contraire, peut se prolonger assez longtemps, presque impunément ; il ne provoque pas cette sensation de fatigue ; seulement, s'il y a abus, c'est une véritable douleur qui éclate, et cette fois, au point exact où se trouve la tumeur, cette douleur, considérable, aiguë, tient beaucoup de celle de la crampe. Le malade a ressenti quelquefois aussi cette même douleur à la suite de l'exercice à pied, mais il la distingue toujours très nettement de celle qu'il a signalée d'abord, et elle ne survient, dans ce cas, qu'à toute extrémité pour ainsi dire, et lorsque le sujet n'a pas pu ou n'a pas voulu tenir compte des avertissements de la première.

De cette description du symptôme *douleur* il faut surtout retenir que le malade accuse une sensation de fatigue extrême, de courbature, de brisement plutôt que de véritable douleur. Celle-ci ne se déclare qu'après un exercice prolongé ; d'abord le patient ne la délimite pas exactement, mais à la longue, elle devient très aiguë et se localise à la

région même occupée par la tumeur qui cette fois semble en être le siège. D'après M. Baudin, le membre entrant en exercice, et par suite du travail supplémentaire que lui impose la contraction exagérée du muscle hernié et étranglé à chaque contraction par la boutonnière de l'orifice aponévrotique, les muscles antagonistes ne tardent pas à se trouver surmenés, et à devenir, en conséquence, le siège d'une lassitude, d'une fatigue tout à fait anormale, qui, dans le cas d'une hernie du moyen adducteur, siège principalement vers la partie tout à fait supérieure de la cuisse, vers les points d'insertion de ces muscles. Puis, peu à peu, la contraction exagérée et maintes fois répétée du muscle hernié amène une contraction plus ou moins douloureuse de ce muscle lui-même ; et, de là, le sentiment de brisement complet, de véritable douleur, qui siège bien, cette fois, au niveau de la tumeur.

M. Mourlon admet que dans les mouvements très étendus et très forts, le malade ressent quelquefois des pincements douloureux dans la hernie, pincements qui augmentent à mesure que la déchirure s'agrandit et que la réduction devint plus difficile et moins parfaite.

Tout ce qui précède dans notre étude anatomo-physiologique se rapporte directement et particulièrement sinon exclusivement à la hernie musculaire que nous avons pris pour type, c'est-à-dire la hernie à début lent et insidieux. Quant à la seconde catégorie de faits comprenant les cas à début brusque avec douleur syncopale, craquement attribué à la rupture de l'aponévrose, gonflement et apparition plus ou moins rapide d'une tumeur musculaire, il faut croyons-nous, discuter davantage. Il manque à ces faits une vérification anatomique. Un muscle partiellement rompu peut se cicatriser et se présenter avec l'allure d'une hernie vraie. Nous ne croyons donc pas que dans l'état actuel de nos connaissances ces faits puissent être rangés parmi les hernies et qu'on puisse les utiliser pour établir l'histoire de cette affection.

Deux fois seulement dans des conditions toutes spéciales, on a observé au cours d'une opération la rupture de l'aponévrose et la hernie du muscle et dans ces deux cas, il y a eu un traumatisme.

Un de ces faits est la première observation de Giess, parue dans la *Berliner Klinische Wochenschrift* du 15 mars 1886. Il s'agit d'un ouvrier atteint d'une hernie du jambier antérieur, à la suite d'un coup de

pied violent porté sur la face antérieure de la jambe.

L'autre fait est l'observation de M. Hartmann, et dans laquelle il a constaté et suturé une rupture aponévrotique du *fascia lata* avec hernie du vaste externe de la cuisse, survenue consécutivement à une fracture du fémur, résultant d'une chute du 5^e étage. M. Hartmann n'a observé ni noté aucune cicatrice de rupture ; mais il n'a pas soigné le malade lors de sa fracture et il est possible qu'il y ait eu des ruptures musculaires produites de dehors en dedans par un des fragments du fémur si violemment fracturé.

La hernie musculaire à évolution insidieuse est seule bien établie par des faits anatomiques certains. Anatomiquement elle est caractérisée par un fait déjà signalé par Dupuytren et sur lequel Follin avait justement insisté : l'*usure des aponévroses*. Cette lésion était très nette dans l'observation du docteur Michaux et dans celle de M. Gazin. Dans son observation, M. Choux nous dit que l'aponévrose jambière ne présente pas de déchirure, ni la moindre solution de continuité ; mais un peu d'amaigrissement par élongation de ses fibres longitudinales ; il ajoute plus loin... « bien que n'ayant pas été jusqu'à l'usure et la perforation, la distension de l'aponévrose a

abouti à une lésion, entraînant au point de vue fonctionnel les mêmes troubles que la déchirure aponevrotique.

Quant au muscle, il ne présente pas de lésion microscopique appréciable. Y a-t-il *Elongation de la fibre musculaire*? — Seul l'examen soigné histologique et spectroscopique de deux faisceaux voisins l'un hernié, l'autre pas, permettrait peut-être de trancher la question.

2° Quant aux hernies traumatiques et aux hernies musculaires à début brusque, il nous semble sage jusqu'à ce qu'on ait produit des faits anatomiques certains de ne pas les ranger dans les hernies vraies et de ne pas créer pour eux, des variétés spéciales.

L'histoire pathologique de la hernie et de la rupture musculaire nous paraît gagner beaucoup à cette véritable mise au point.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hernies musculaires est en général facile quoique les erreurs aient été cependant nombreuses. Warrey prit pour une tumeur mélanique une tumeur dont il reconnut la nature en l'opérant. Le cas de Dupuytren donna lieu au diagnostic de varices pour certains et de névrômes pour d'autres. Dans un cas rapporté par Chanet, on avait cru à une hernie intestinale. M. Mocalon, dans son mémoire, passant en revue toutes les tumeurs susceptibles d'être confondues avec la hernie musculaire du moyen adducteur, établit sous forme de tableau synoptique le diagnostic différentiel de cette lésion.

Avec : la rupture musculaire	l'abcès par congestion.
l'entérocèle	les varices.
l'épiplocèle	la luxation du fémur en haut et en avant.
l'orchiocèle	les kystes et les loupes.
l'ovarioncie	la dilatation des lymphatiques.
l'anévrysme	les névrômes.

La possibilité de l'erreur suffit pour la faire éviter,

On reconnaîtra d'abord (dit M. Nimier de la hernie et pseudo-hernie musculaire. Extrait des arch. gén. de méd. septembre 1882) le siège anatomique de la tumeur, les différents néoplasmes qui pourraient donner lieu à une confusion sont sus ou sous aponevrotiques. Dans le premier cas, la contraction musculaire ne leur fait subir aucune modification ; dans le second ou bien la tumeur est intra-musculaire et disparaît lorsque le muscle se contracte, ou elle est intermusculaire et ne devient alors ni plus grosse ni plus ferme. Dans la même circonstance, la tumeur musculaire prend un cachet particulier : nous avons donné ses changements de volume et de densité.

L'électrisation, au besoin pourrait les provoquer et vérifier le diagnostic, sans que l'on eut à recourir à la ponction exploratrice avec le trocart à crochet de Duchenne de Boulogne. Le siège de la lésion une fois déterminé ainsi que sa nature les symptômes physiques et fonctionnels précédemment énumérés, joints aux commémoratifs ne permettront pas le doute.

Quant à savoir si l'on a affaire à une hernie ou à une pseudo-hernie, la chose est parfois plus difficile. Cependant, si l'on met en parallèle le mode de

début, les symptômes physiques et les troubles fonctionnels de l'une et de l'autre affection, il deviendra possible d'asseoir son opinion sur un ensemble de faits probants.

PRONOSTIC

Sans influence sur la santé générale, la hernie musculaire entraîne un pronostic parfois sérieux par le trouble qu'elle apporte dans le fonctionnement régulier d'un membre et le peu de chances de guérison qu'elle présente.

Atteignant, progressivement son volume définitif, la tumeur, à la jambe, devient rapidement stationnaire. A la cuisse M. Mourlon fait remarquer que le déplacement du premier adducteur détermine une déviation des deux autres pendant leur contraction ; que de plus les demi-membraneux et demi-tendineux ne se trouvent plus aussi bien maintenus par le grand adducteur ; de là, cette fatigue que nous avons signalée à la suite d'un exercice même modéré. En résumé, la hernie musculaire est une infirmité, et, au point de vue militaire, elle mérite d'entraîner l'exemption du service actif, et, si les services auxiliaires étaient organisés, les hommes atteints de cette affection devraient y être répartis.

TRAITEMENT

Dans un excellent mémoire (de la cure radicale des hernies musculaires, récompensé par la Société de chirurgie, du prix Laborie 1892), M. le docteur Choux a traité de main de maître la question du traitement des hernies musculaires ; le point de vue historique ne laisse rien à désirer, il divise le sujet en deux parties : A. *Traitement palliatif*. B. *Traitement curatif*.

Pendant la période comprise entre 1803 et 1881, la *méthode dite palliative* fut presque exclusivement appliquée au traitement des tumeurs musculaires. Ce traitement avait l'unique prétention d'obvier dans la mesure du possible à la gêne apportée aux fonctions du membre par le déplacement du muscle et de faire que la lésion existante ne s'exagérât par l'exercice et par l'effort.

Les moyens de contention, n'ont été généralement suivis que de médiocres résultats, sauf peut-être

ceux appliqués à la jambe où les bas *élastiques ou lacés*, exempts de tout danger au point de vue du développement des varices ont été à la fois efficaces et passablement supportés (thèse de Prat).

La *compression*, pratiquée avec les compresses graduées était rationnelle, mais son emploi restait aussi incertain qu'incommode (Larger-Farabœuf).

Les *cuissards lacés*, les cuissards spéciaux de M. Baudin, le bandage herniaire à large pelote, caleçon de caoutchouc de Trélat, etc., tous ces procédés, ces appareils si ingénieux qu'ils fussent restaient passibles des mêmes reproches.

Or l'insuffisance de ce traitement dit *palliatif* n'avait point échappé aux observations de cette première période. Mourlon songea à l'incision, se basant sur les cas de Warren et de Rouillois. Comme Mourlon et après lui *Follin* dans l'article « Hernie musculaire » de son *Traité de Pathologie externe* (t. II, p. 182) disait : « Pour guérir radicalement la hernie musculaire, il faudrait faire sur le point lésé une incision jusqu'à l'aponévrose, et panser la plaie avec de la charpie sèche de façon à la faire suppurer et à y développer un tissu cicatriciel assez solide pour boucher le trou de l'aponévrose. »

Dans le tome VII du même ouvrage M. S. Duplay

ajoutait p. 954 : « il serait plus rationnel encore de pratiquer l'excision du tissu hernié et de réunir par suture les lèvres de la solution de continuité aponévrotique. » Bref il y eut une série de réussites relativement complètes des opérations tentées par Warren et Rouillois, Dupuytren, Sédillot, qui associait à l'incision longitudinale de la peau la destruction du reste avec la pâte de Canquoin et obtenait un réel succès. Nimier en 1881 imita Sédillot, mais son intervention fut il est vrai moins heureuse, la tumeur ayant persisté quoique à un degré moindre.

C'était à la chirurgie nouvelle, mise à même, depuis la pratique de l'antisepsie, de réaliser, à volonté, la réunion par première intention, qu'il était réservé d'apporter au traitement dit *Radical* de Mourlon, les modifications opératoires susceptibles de le faire aboutir à une cure réellement digne de ce nom.

Voici jusqu'à ce jour les tentatives et les résultats obtenus.

1^o *Première relation de cure radicale tentée depuis l'emploi de la méthode antiseptique*, Giess 1886,

2^o *Deux observations : un succès un insuccès.*

3^o Sellerbeck 1891, succès incomplet.

4^o Gazin 1862, succès incomplet.

5° Choux 1893, guérison.

6° Michaux 1894, guérison.

Dans l'observation personnelle de M. Choux est décrété tout au long l'opération dans ses différentes phases. C'est ainsi, ce nous semble qu'elle doit être comprise et faite. Ainsi a procédé M. Michaux pour le malade qui fait l'objet de l'observation citée plus haut, opération à laquelle nous avons aidé nous-même.

Le procédé opératoire se résume à ceci :

1° Incision large de la peau suivant le grand axe du muscle pour bien observer la lésion dans toute son étendue.

2° Résection large du faisceau musculaire hernié qui sera lié à ses deux extrémités avec un gros fil de catgut.

3° Suture musculaire par six ou huit points séparés avec un gros catgut ou un fil de soie soigneusement stérilisé ; cette suture doit rapprocher les deux lèvres de la gouttière formée par la résection large du faisceau hernié et comprendre dans son épaisseur une notable partie du muscle.

4° Suture isolée de l'aponévrose à la soie. L'avivement de l'aponévrose amincie ne paraît pas très utile ; et nous croyons qu'il suffit de mettre les points

assez loin des bords de la boutonnière pour avoir prise sur ces faisceaux fibreux suffisamment résistants.

5° Suture mixte en partie profonde, en partie superficielle des téguments avec les crins de Florence.

6° Repos prolongé de trois semaines environ pour assurer le résultat.

RÉSULTATS

L'opération ainsi conduite, quels seront les résultats ?

Les quelques faits observés jusqu'ici nous permettent déjà de répondre à cette question.

L'opération a donné un succès complet à Giess et à M. Choux. Nous dirons même que le fait de M. Choux doit être admis *seul* car la deuxième observation de Giess où ce chirurgien a obtenu un succès à tous les caractères d'un fait de *rupture*. Nous ne croyons pas qu'il faille toujours compter sur un résultat absolument parfait.

Au point de vue fonctionnel, sans doute, les résultats seront toujours satisfaisants ; le malade pourra se servir de son membre, il n'aura plus les troubles fonctionnels de sa hernie, les douleurs, la fatigue croissante, les crampes qu'il éprouvait du fait de sa hernie ; c'est là le point essentiel et cela suffit pour justifier l'opération.

Mais au point de vue *esthétique*, il y a des réserves à faire. Il y a eu amélioration fonctionnelle mais récursive légère dans les cas de Sellerbeck, de M. Gazin, le malade de M. Michaux présente lui aussi à la partie supérieure de la cicatrice une légère saillie dénotant une tendance à la récursive.

C'est encore ce qui est arrivé au malade de M. Hartmann, c'en est assez à coup sûr pour laisser deviner que ces faits seront assez nombreux. Comme M. Choux le docteur Michaux avait réséqué largement et suturé avec grand soin le muscle et l'aponévrose — il est vrai que le fil de soie employé n'était pas absolument aseptique et qu'il a provoqué quelques légers accidents — mais il est néanmoins très probable que l'on verra souvent se produire des récursives légères.

Si le résultat fonctionnel n'était pas aussi bon, l'opération serait discutable, mais comme tous les opérés, sauf le premier de Giess, ont obtenu le soulagement complet de leur gêne et de leurs douleurs, nous pouvons et devons en conclure que l'opération est bonne et qu'elle doit être faite. Seulement il est bon d'être prévenu que le résultat esthétique n'est pas toujours parfait.

Cette notion empêchera le chirurgien de tromper

les malades et lui fera prendre toutes les précautions possibles pour assurer le succès définitif de l'opération.

CONCLUSIONS

1^o La hernie musculaire existe.

2^o Les faits en petit nombre sur lesquels s'appuie l'histoire pathologique de cette affection doivent être nettement séparés des faits de rupture musculaire avec lesquels ils ont été presque toujours confondus jusqu'ici tout à fait à tort.

3^o Cette distinction repose sur les caractères suivants :

a. — La hernie musculaire débute d'une manière *insidieuse* elle n'a jamais le début brusque, violent et douloureux qui caractérise la rupture.

b. — *Anatomiquement*, dans l'état actuel de la science il n'y a pas dans la hernie musculaire de lésion microscopique appréciable du muscle hernié.

c. — *Cliniquement*, elle se caractérise :
par une tumeur molle au repos, grossissant par la contraction active libre ; disparaissant par la distension passive du muscle ; augmentant de volume et

de consistance par la contraction active empêchée.

4° Si le malade souffre — ce qui est le cas habituel — il faut traiter chirurgicalement.

5° Le traitement consiste en : résection, suture soignée, immobilisation.

6° Résultat fonctionnel bon

Résultat esthétique à réserver.

Vu :

Le Président de thèse :

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PORTAL. — Anatomie médicale 1803 t. II p. 411 et suiv.
WARREN — Traité des Tumeurs, 1827.
JOBERT DE LAMBALLE. — Traité des plaies par armes à feu.
DUPUYTREN. — *Gazette hebdom.* n° du 4 juillet 1827.
ROUILLOIS. — Thèse de Paris, 1829.
FABRE. — Art. muscles (Dict. des dict. de méd., 1841, t. IV p. 702.)
CHANET. — Th. de Paris, 1847.
NÉLATON. — Traité de Path. Chirurg., 1854, t. I p. 575.
RICHEL. — Traité d'Anat. Chirurg., 1855, 1^{re} éd. p. 124.
VERNEUIL. — *Bull. soc. chir.*, 15 juillet 1857.
SÉDILLOT. — *In Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, p. 146.
MOURLON. — Essai sur les hernies muscul. Paris, 1861 et Rec. de Mém. de méd. et chir. milit, 3^e série, t. VI p. 133.
MOUTCLART. — Essai sur les hernies muscul. Paris, 1866, t. VI Rec. de Mém. de méd. et chir. milit.
DAUVÉ. — Communication à la Soc. de Chir., 16 fév. 1870.
HENOCQUE. — Art. musculaire. (Dict. Dechambre, 1876.)
GAUJOT. — Hernie muscul. chez un artilleur. (*Bull. soc. Chir.*, 4 décembre 1878.)
PRAT. — Thèse de Paris, 1879.

SPILLMANN. — Art. Cuisse. (Diction. Dechambre, 1880.)

WEILL. — Rec. de mem. de méd. et chir. milit. novembre et décembre 1880.)

LARGES. — Comm. à la Soc. de Chirurgie (26 janv. 1881.)

FARABŒUF. — Rapport à la Soc. de Chirurgie (30 mars 1881.)

FARABŒUF. — Comm. à la Soc. de Chirurgie (15 juin 1881.)

BOUSQUET et FARABŒUF. — Communicat. à la Société de Chirurgie,

Séance du 15 juin 1881.

BAUDIN. — Rec. de mem. de Méd. et Chir. milit. (mai-juin 1881.)

NIMIER. — Arch. gen. de med. (1882.)

NIMIER. — De la Hernie et Pseudo-Hernie muscul. (7 septembre 1882.)

TH. GIEN. — Berliner Klinische Wochenschrift (15 mars 86, p. 174.)

SELLERBECK. — Deutsche Militararztliche Zeitschrift. (Août, 1891, p. 551.)

GAZIN. — Cure radicale d'une hernie du moyen adducteur (arch. de méd. milit. n° d'avril 1892, p. 310).

HARTMANN. — *Revue de Chirurgie*, juin 1893.

JEANNEL. — *Encyclopédie de chirurgie*.

LEJARS. — *Traité de Chirurgie*, tome I.

RECLUS. — *Traité de Path. ext.*

CHOUX. — De la cure radicale des hernies muscul. *Revue de Chirurgie*, n° de juin 1893.

MICHAUX. — *Bull. soc. de Chirurgie*, (27 décembre 1893, 3 janvier 1894).

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
